

ANNEE 1937

THÈSE

N°

848

FOUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri BUISSON

Né le 6 Avril 1911, à TULLE (Corrèze)

**Psychose hallucinatoire chronique
et syndrome d'action extérieure**

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

ANNEE 1937

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri BUISSON

Né le 6 Avril 1911, à TULLE (Corrèze)

Psychose hallucinatoire chronique et syndrome d'action extérieure

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie médicale et générale
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
Clinique cardiologie

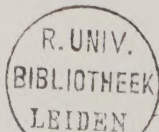
Professeurs sans chaire

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
CHEVASSU.
ROUSSY.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD
LAINEL-
LAVASTINE
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBoullet.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
MARION.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOQUOT.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
BEZANÇON.
MATHIEU.
LAUBRY.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri.	Pathologie médicale.
BERNARD Et. .	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
FEY	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FUNCK-	Urologie.
BRENTANO	
GASTINEL	Pathologie chirurgicale.
GAILLARD	Parasitologie.
CHEVALLIER .	Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.



MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
FRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY-	
RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER ..	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
LE LORIER	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE
*Professeur de Clinique des Maladies mentales
et des Maladies de l'encéphale
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.

Témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. RUBENOVITCH
Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique

Qui nous a si judicieusement
conseillé dans l'élaboration de
cette thèse.

Témoignage de gratitude.

A TOUS MES MAÎTRES

Nombre de malades sont admis dans les services psychiatriques avec le diagnostic de « Psychose hallucinatoire chronique », ce qui, classiquement, correspond au Délire chronique de Magnan ou au Délire de persécution type Lasègue-Falret. Un tel diagnostic impose naturellement à l'esprit l'idée que l'affection évolue régulièrement ou par à-coups, mais d'une façon irrémédiablement progressive et aboutit tôt ou tard à une démence ; c'est aussi admettre que toute thérapeutique semble illusoire.

Or, si à la phase de début, on examine d'un peu plus près ces sujets, on est frappé de rencontrer chez eux une intrication complexe de phénomènes psychiques caractérisant ce que le Professeur CLAUDE a appelé le « Syndrome d'action extérieure ». L'évolution montre alors qu'il s'agit parfois d'un stade prodromique de la Psychose hallucinatoire chronique véritable, mais fort heureusement et fréquemment aussi, sous l'influence du traitement approprié, le malade reprend sa place et son activité dans la société.

La psychose hallucinatoire chronique, affection de l'adulte, s'observe entre 25 et 45 ans chez des sujets à tendances vésaniques, à constitution généralement morbide; leur hérédité est souvent lourdement grevée; leur passé révèle soit un état de débilité mentale, soit des tendances paranoïaques ou « une orientation schizoïde susceptible d'aboutir à un état de désagrégation de la personnalité ».

Au début le sujet souffre de malaises vagues, devient inquiet, méfiant, s'isole et fuit son entourage « croyant découvrir autour de lui des vagues d'hostilité »; les physiquement et psychiquement, ses tendances paranoïaques se donnent libre cours, faisant naître des troubles du jugement; à la faveur de « l'état crépusculaire », qui obscurcit ainsi le champ de sa conscience, il exprime des idées multiples, plus ou moins absurdes et extravagantes sur un thème spécial, a des illusions, des hallucinations, des interprétations bizarres ou fantastiques; en un mot, c'est un délirant. Et du fait qu'il ne reconnaît pas comme lui appartenant en propre, certains états de conscience ou certaines sensations, sa croyance en l'intervention d'une influence exogène est irréductible: on lui veut du mal, on le menace...

D'après le thème, il s'agit de délire de persécution; d'après le trouble essentiel, d'hallucinations sensorielles portant sur les divers appareils (voix, ouïe, goût,

odorat) et la cénesthésie, « cette somme, ce chaos non débrouillé des sensations, qui, de tous les points du corps, est sans cesse transmise au sensorium », suivant la définition de HENLE.

Les hallucinations les plus fréquentes et les plus précoces sont verbales d'emblée ; simples sensations élémentaires au début, floues, lointaines, se caractérisant par des bourdonnements, des frôlements, des bribes de phrases... elles se rapprochent et s'amplifient de plus en plus, se précisent : ce sont des menaces, des injures, des moqueries... dont l'acmé apparaît dans la solitude, le silence, au cours de la nuit. Cette activité hallucinatoire peut occuper toute la conscience du sujet : on ne se contente pas de l'exacerber, on sait aussi ce qu'il fait, ce qu'il dit, ce qu'il pense, ce qu'il va faire... Gilbert BALLET et DE CLÉRAMBAULT ont insisté sur cette fuite des idées, cette prise de la pensée, cet écho de la pensée qui accompagnent ou précèdent même parfois les phénomènes hallucinatoires ; ce sont des signes de diagnostic précoces et importants.

Peu après, le malade devient un poly-halluciné ; les hallucinations des autres sens apparaissent : goût, odorat, ainsi que les troubles cénesthésiques : piquûres, brûlures, sensations génitales... Les thèmes délirants s'échaffaudent et leur systématisation est facteur de l'intelligence du sujet et de son plus ou moins grand affaiblissement psychique. Vue l'intensité des phénomènes hallucinatoires, se croyant menacés, les malades accusent des groupes, plus tardivement « un

persécuteur » et se livrent à des réactions anti-sociales nécessitant leur internement. L'évolution de ce délire de grandeur, considéré par A. FOVILLE « comme déduit logiquement par le malade pour expliquer l'intensité, l'importance et la continuité des persécutions qu'il subit et qui ne sauraient s'appliquer qu'à un homme grand et non à un être de condition effacée ».

MAGNAN résumait ainsi cette évolution en distinguant quatre périodes :

1° Période d'incubation et d'inquiétude ;

2° Période de persécution avec développement des hallucinations de l'ouïe ;

3° Période des idées de grandeur qui se substitue peu à peu aux idées de persécution ;

4° Période de désagrégation du délire et installation de la démence.

Plus schématiquement le Professeur RÉGIS reconnaît un stade d'incubation, puis une phase d'explication délirante et enfin une transformation de la personnalité.

..

Le caractère essentiel de cette psychose est donc un délire à base d'hallucinations. Du point de vue étiologique, Gilbert BALLET a montré que le trouble initial et fondamental résidait dans « l'atteinte de la personnalité d'où naît d'abord, le sentiment de malaise et d'insécurité et secondairement le symptôme dominant de l'affection : l'hallucination ».

La personnalité est l'essence même de l'être ; c'est suivant le Professeur RÉGIS « l'individu lui-même dans son unité psycho-organique tandis que la conscience est simplement la partie éclairée à chaque instant changeante de l'individualité ». C'est la juxtaposition du moi normal d'un côté, de l'inconscient et du subconscient de l'autre.

Comme dit RIBOT, « la personnalité consciente n'est qu'une faible portion de la personnalité physique ». Et avant d'être conscients, nos actes et nos pensées sont, en majeure partie, composés de multiples mouvements inconscients et subconscients dont ils ne sont que la résultante ; le sujet n'a aucune conscience de leur élaboration et ces idées automatiques s'opposent à sa volonté et apparaissent sans qu'il y soit pour rien. Dès lors, si un sujet présente de tels symptômes d'automatisme et de perception incomplète, l'équilibre est rompu, la personnalité perd son unité : d'un côté le moi normal mais réduit, de l'autre une personnalité ayant son langage particulier (hallucinations, troubles cénestopathiques...) et capable d'imposer sa volonté à l'individu tout entier.

Plus récemment, DE CLÉRAMBAULT admet que cette **altération initiale de la personnalité** est le résultat de l'automatisme mental développé à l'occasion d'une atteinte lésionnelle des centres cérébraux par toxoinfection, d'une cérébrite : l'activité de certains centres échappe à la conscience et c'est leur excitation qui produirait les manifestations hallucinatoires ; il y a une sorte « d'éjection mentale » ; « le cerveau

moud de la pensée ». L'intervention des facteurs d'ordre biologique ne fait aucun doute mais aux toxi-infections, il faut ajouter toutes les causes des dysfonctionnements organiques et l'asthénie sous toutes ses formes et de toute nature, ainsi qu'il en résulte des travaux de J. TASTEVIN. Cette explication montre que les troubles psycho-pathologiques sont sous la dépendance des troubles biologiques.

Nous venons donc de voir qu'au début de la psychose hallucinatoire chronique, les sujets présentent une intrication complexe de phénomènes somato-psycho-pathologiques : troubles sensoriels et cénestopathiques, interprétations diffuses, illusions, hallucinations, dont les théories scientifiques essayent d'expliquer la genèse. Mais le grand mérite du Professeur CLAUDE a été de montrer que tous ces phénomènes étroitement liés à la personnalité du sujet sont « dominés et imprégnés par une forte charge affective » et que les malades en rapportent la cause « à des influences s'exerçant contre leur personne et venant en quelque sorte du dehors ». D'où le nom de *Syndrome d'action extérieure* donné par le Professeur CLAUDE à cet ensemble de phénomènes « dont l'idée de possession interne représente le plus haut degré ».

Nous avons vu aussi que les troubles psychiques sont influencés par des perturbations biologiques. Outre le terrain plus ou moins constitutionnel constaté chez ces malades, de nombreuses observations signalent l'importance de l'appoint éthylique, le mauvais état général et le surmenage, permettant avec prédilection le développement des infections. Dans certains cas, le syndrome d'action extérieure a disparu après simple ponction lombaire ou amélioration de la tension artérielle, l'hypertension du liquide céphalo-ra-

chidien ou les troubles circulatoires jouant ainsi le rôle « d'épines irritatives ». La psychasthénie est aussi un élément favorisant, car « dès qu'elle s'installe se produit une anarchie mentale qui donne naissance à des sentiments anormaux d'étrangeté, d'automatisme et à l'illusion que les éléments — en eux-mêmes inchangés — de notre vie psychique ne nous appartiennent plus ».

Il faut aussi attribuer une grande place à l'hyperémotivité constitutionnelle ; sous l'influence des causes extérieures et du fait de l'amplification et du grossissement d'une part, de la répétition fréquente des émotions normales d'autre part, les sujets ont une disposition au chagrin, à la joie, à l'anxiété, ou à l'énervement, ou à des alternatives d'excitation et de dépression. Dans l'excitation, il y a souvent de la sympathicotonie ou de l'hyperthyroïdie, dans la dépression de la vagotonie et de l'hypothyroïdie ; l'exactitude de ce diagnostic nous est aisément fournie en clinique par la recherche à jeun du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire, outre les signes habituels : pâleur du visage, bradycardie, étroitesse des pupilles, crises sudorales, tendance aux nausées et aux syncopes, spasmes gastro-intestinaux, anxiété chez le vagotonique ; face colorée, tachycardie, mydriase, atonie digestive, sécheresse de la peau par absence de sueur, émotivité chez le sympathicotonique.

Mais outre les facteurs organiques qu'on observe dans l'examen de ce terrain constitutionnel, on trouve

encore dans le passé de tous ces sujets, des complexes refoulés, des reliquats oniriques, des chocs affectifs émotionnels ou passionnels... Nous disposons tous, en effet, de souvenirs et d'une mémoire affective : se rappeler une chose, c'est l'éprouver un peu ou même beaucoup parfois ; mais notre choix est guidé d'une part par des résidus empiriques et, d'autre part, par des valeurs affectives et ici, le jugement affectif essentiellement fondamental, primitif, naturel, l'emporte sur le jugement intellectuel seulement acquis et secondaire. De toute façon, il s'établit chez ces malades, une sorte « d'obscurcissement du champ de la conscience » intensivement dominé par leurs tendances affectives : dès lors, idées, images, représentations de toutes sortes s'imposent à leur esprit, indépendamment de la volonté, par le jeu spontané de l'automatisme et ainsi apparaît le caractère obsessionnel. De plus, ce sont des sujets pour qui l'introspection est inconnue, qui ne se rendent pas compte de leur endophasie normale et dont la capacité critique est par conséquent diminuée. C'est ainsi que le schizomane perd la notion du contact vital avec la réalité, que le raisonnement du paranoïaque procède par apriorisme et mépris de l'expérience... Ainsi naît une « intuition morbide » qui s'exerce à l'encontre de la communauté sociale, de sorte que ce qui importe avant tout, c'est le thème persécutif.

Ce potentiel affectif, influencé par les troubles organiques, l'est encore par les réactions du milieu, qui

intervenant par l'éducation, la culture intellectuelle, la morale... l'imprègne de son cachet.

« Les conditions biologiques favorisent l'extériorisation d'un processus psychique en rapport avec un ancien refoulement », dit le Professeur CLAUDE. Le syndrome d'action extérieure se manifeste donc chez des sujets qui sont organiquement et psychiquement prédisposés et dont les troubles évoluent sous la poussée d'un puissant dynamisme affectif.

Cliniquement et pathogéniquement, le sujet éprouve des troubles nettement pathologiques pour lui et il en cherche l'explication ; à ce moment, la même idée est toujours présente à son esprit et l'accapare tout entier ; il la « rumine » et ceci « consiste en la reprise incessante d'une idée dominante qui envahit la pensée, laquelle s'attache à la préciser et à l'expliquer sous tous ses aspects et ses conséquences possibles ». C'est ce que SEGLAS appelle le « phénomène d'hyperendophasie » qui n'est en somme que l'exagération du langage intérieur. A la faveur de ce phénomène, le malade devient un interpréteur : il passe en revue tous ses sujets de préoccupation, interprète ses sensations cénesthésiques, les gestes et attitudes de ceux qui composent son cadre, qui emplissent son milieu. Cette première phase, phase de rumination, est essentiellement subjective.

Dans une seconde phase se produit alors le processus d'objectivation, d'extériorisation. La notion de terrain constitutionnel nous l'explique ; ce malade est, pourrait-on dire, un taré mental ; or « la ten-

dance habituelle de l'esprit chez les débiles ou l'orientation particulière des associations chez les sujets à constitution paranoïaque les porte à invoquer une action extérieure » et tout ce qui se produit a trait à leur personnalité » ; on leur parle, on les menace, on les suggère, on les critique... Et ce qui, jusqu'ici, n'est que simple sentiment intérieur, chagrins, ennuis, découragement, contrariétés, est désormais « rattaché à des circonstances extérieures ». C'est un délire. Mais nous avons vu aussi que ces sujets avaient une auto-critique réduite ou inexistante ; dès lors, les tendances affectives se meuvent à leur fantaisie et la croyance « à la réalité de cette activité imaginative » s'affirme de plus en plus, accrue encore dans ce sens avec l'affaiblissement psychique du sujet.

Le malade décrit donc avec prolixité ses moindres troubles sensoriels, voire psycho-moteurs : on lui fait travailler le cerveau, on lui ouvre le ventre, on lui envoie des projectiles, on l'influence de telle ou de telle manière... Il entend des voix, a l'impression que ses gestes sont dirigés, qu'il est forcé ; il est cependant conscient de cette obsession, il lutte contre cette contrainte et pour lui échapper en cherche l'explication dans le monde extérieur. « L'irruption du subconscient dans la conscience claire a pour caractère de s'objectiver et de donner au sujet l'impression qu'il est dominé par une force étrangère », dit William JAMES. Et le délire ne commence que lorsque le malade « croit que sa propre pensée n'est plus sienne ». C'est le syndrome de dépossession de LÉVY-VALENSI.

Les phénomènes hallucinatoires qui apparaissent sont donc secondaires car « ils ne sont que des interprétations s'objectivant sous une forme sensorielle ou cénesthésique ». Il y a donc bien une « action extérieure » et comme disait GRIESSINGER « toute l'activité psycho-motrice arrive à être subordonnée à l'illusion extérieure, bien que les phénomènes, pour le sujet paraissent se passer en lui ».

A ce stade évolutif, ou bien l'explication délirante va rester sur le même plan social que le sujet ou bien il va chercher un plan plus élevé avec « personnages supérieurs, états mystiques ou spirites » : il est Dieu, il est roi, médium... Nous connaissons la conception d'A. FOVILLE à ce sujet. Et le malade considère alors ces faits personnels « comme des prophéties, des intuitions révélatrices », par une sorte de phénomène de réappropriation, et, à l'abri de « cette carapace délirante », sombre dans l'incohérence.

Telle est la symptomatologie du syndrome d'action extérieure, et nous voyons que l'évolution est en rapport d'une part « avec le terrain sur lequel il fait son apparition », d'autre part avec le fonds mental de l'individu. Si le terrain est résistant, les conditions favorisantes légères, la rémission peut être totale ; dans le cas de marche défavorable, l'évolution est en rapport avec le fonds mental : orientation schizoïde aboutissant à des manifestations incohérentes et état paranoïde, psycho-rigidité et imperméabilité évoluant vers un état paranoïaque.

Et voilà pourquoi il faut soustraire le malade d'emblée et le plus précocement possible à l'influence néfaste de son entourage, l'isoler, traiter les troubles organiques, faire de la psychothérapie.

Nous venons de voir que la psychose hallucinatoire chronique et le syndrome d'action extérieure se caractérisent par un délire hallucinatoire. Existe-t-il donc une dualité entre ces termes nosologiques ?

Tout d'abord, le syndrome d'action extérieure doit être différencié du syndrome d'automatisme mental décrit par DE CLÉRAMBAULT. Dans la conception de ce dernier, en effet, les troubles organiques sont la cause de l'excitation de certains centres inconscients d'où procèdent les phénomènes hallucinatoires; ces manifestations surviennent en dehors de toute élaboration intellectuelle, mais c'est méconnaître le caractère imaginaire, éminemment idéogène des manifestations hallucinatoires du syndrome d'action extérieure « leur adhérence persistante à la personnalité, leur contenu plus riche, plus profondément affectif, leurs modalités d'expression rappelant celles de certaines pensées normales » ; c'est donc ignorer cette charge affective, ce dynamisme qui les meut. Et voilà pourquoi la théorie de l'automatisme mental ne saurait s'appliquer qu'à quelques rares cas, où l'origine toxi-infectieuse ne fait aucun doute.

De plus, le syndrome d'action extérieure n'est pas une psychose hallucinatoire pure. Développant la formule lapidaire de BALL : « L'hallucination est une perception sans objet », ESQUIROL disait : « Un homme qui a la conviction intense d'une sensation actuel-

lement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à la portée de ses sens, est dans un état d'hallucination ». Telle est l'hallucination vraie, représentation mentale automatique venant s'intégrer à la vie de l'organisme, irréductible au moi et incoercible, car le sujet ne peut la faire disparaître ; mais son principal caractère est d'être exogène ; le malade en place l'origine dans le monde extérieur ; c'est donc une perception extériorisée. Le type en est l'hallucination visuelle, qui semble emprunter intégralement les voies sensorielles pour le sujet, mais une telle hallucination n'est qu'une « simple sensation élémentaire, vide de contenu affectif et qui paraît porter dans son caractère de simplicité, d'inattendu, d'anidéique, la marque de son origine mécanique ». Les images du rêve ont donc un maximum de caractère hallucinatoire et pourtant lorsque le sujet est conscient de ce phénomène, de la présence d'une sensation ou d'une image dans le champ de sa conscience, il n'y ajoute pas foi : il ne s'agit plus d'une hallucination vraie, qui implique l'idée de « croyance illégitime dans la réalité de sensations qui n'existent pas », mais d'un état d'hallucinosité. L'esthésie sensorielle est incapable à elle seule d'entraîner le jugement de réalité ; ce trouble de la croyance est évidemment en rapport avec un trouble de la conscience.

Mais ce qui caractérise les manifestations hallucinatoires du syndrome d'action extérieure, c'est leur charge affective « qui les engage profondément dans

la personnalité du sujet, et leur liaison complexe avec tout un système de représentations analogues et de même sens ». Ce sont des pseudo-hallucinations « représentations mentales plus ou moins vives de perceptions sensorielles ou même de troubles cénesthésiques qui ne répondent pas à la réalité, mais sont extériorisés, c'est-à-dire considérés comme le résultat d'une action étrangère au sujet ». L'hallucination vraie est peu, la pseudo-hallucination est presque tout et nous devons l'en distinguer en raison de son caractère xénopathique et obsédant et du fait aussi que profondément intégrée à la vie de l'individu, elle est influencée par ses tendances actuelles.

Somme toute, seule l'hallucination vraie entre dans le cadre de l'automatisme mental et c'est bien ce qu'a montré le Professeur CLAUDE. Les conceptions de syndromes d'automatisme mental et d'action extérieure ne s'opposent pas toutefois ; le dernier restreint seulement les « limites trop vastes du champ de l'automatisme » qui, ne tenant pas compte du rôle de l'affectivité, ne semble pouvoir s'appliquer qu'à quelques cas seulement (lésions cérébrales, intoxications, troubles circulatoires, etc.).

Nous avons vu aussi que le délire, tant dans la psychose hallucinatoire chronique que dans le syndrome d'action extérieure, est à thème persécutif ; dans les deux cas, on trouve souvent des sujets à tendances paranoïaques et comme dit justement TANZI, « ce qui caractérise aujourd'hui le paranoïaque, c'est qu'il persiste dans ces aberrations systématiques, dans

cette logique intuitive, fausse et désuète malgré l'ambiance », mais ce délire doit être classé en dehors des délires de persécution, car il apparaît, avant tout, dominé par les tendances affectives du sujet et n'être qu'un instrument au service du processus imaginatif ou interprétatif », d'où l'influence aggravante du milieu et la nécessité de soustraire de bonne heure le malade à l'ambiance de son entourage. Voilà pourquoi nous préférons l'étiquette de « Syndrome d'action extérieure » à celui de « Psychose hallucinatoire chronique » ou de « Délire de Persécution ».

De plus, l'évolution nous donne tort parfois ; elle dépend ainsi que nous l'avons vu, du terrain d'une part, du fonds mental d'autre part ; parfois le syndrome s'achemine vers une psychose véritable, mais il ne faut voir en lui qu'un syndrome d'attente, le premier stade d'un processus dont nous ignorons encore tout de l'évolution ; par conséquent, il n'impose pas l'idée de finalité et livre le malade à l'action des ressources thérapeutiques ; sa valeur est de diagnostic et non de pronostic.

A ce titre, le syndrome d'action extérieure gagne à être mieux connu et doit être considéré comme une véritable entité nosologique.

Nous rapportons maintenant l'observation d'une malade (1) qui a présenté un syndrome d'action extérieure, longtemps dans un état de pureté remarquable, et qui, après une amélioration transitoire nous faisant augurer d'une issue favorable, s'est terminé par une psychose hallucinatoire chronique.

OBSERVATION

Mlle D... Yvonne, sténo-dactylo, âgée de 38 ans, est admise, le 12 juin 1936, dans le service, avec le certificat :

« Psychose hallucinatoire chronique. Automatisme mental. Idées délirantes de persécution. Hallucinations auditives : injures, menaces de mort. Hallucinations olfactives : odeur de guano. Echo des actes ; prise et écho de la pensée.

Troubles cénesthésiques. Fluides. Rayons électriques « par en dessous et qui la suivent à la trace ». Sensations génitales.

Nombreuses interprétations. Victime des rouges, des communistes et d'un catholique « qui a fait corps avec ses ennemis ». Tentatives de la chasser de son

(1) Cette observation a été empruntée et suivie régulièrement dans le service de M. le Professeur CLAUDE, à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale.

logement. Blessures par des projectiles envoyés par le maire de Clichy. Acharnement particulier du médecin, Docteur L... Intrusions à son domicile ; on fait tout disparaître ; lecture de ses lettres qui sont souvent détournées.

Quelques illusions visuelles : on lui fait apparaître divers personnages.

Désordre des actes ; turbulence nocturne ; coups contre les murs ; cris et déclamations par la fenêtre.

Ancienneté du délire ; aggravation depuis la mort de sa mère en janvier 1936. »

*
* *

Cette jeune femme, chétive, dont l'état général est très déficient, est calme, timide et assez réticente au début ; elle détourne la tête, sans regarder son interlocuteur. On ne note rien de pathologique dans ses antécédents.

Fille unique par suite du décès accidentel d'un jeune frère de 18 mois, elle a perdu son père en 1934, âgé de 74 ans, des suites d'un accident du travail ; sa mère, surmenée depuis une quinzaine d'années, est décédée à 59 ans, en janvier 1936.

A l'école qu'elle fréquente, dès sa troisième année, elle adopte une position vicieuse, et une scoliose se confirme vers 9 ans ; quoique traitée par une gymnastique rationnelle à l'Hôpital Bretonneau et le port d'un corset de 13 à 17 ans, l'affection évolue et actuellement la malade présente une énorme scoliose

à concavité gauche, avec déformations thoraciques considérables.

Elle obtient son certificat d'études à 14 ans, fréquente ensuite un cours complémentaire et devient sténo-dactylo à 18 ans. Sérieuse et ponctuelle dans l'exercice de sa profession, elle ne change que cinq fois de maison en l'espace de vingt ans.

Elle est normalement et régulièrement réglée depuis l'âge de 11 ans 1/2. Elle nous dit être gaie et enjouée avec ses camarades de classe, mais sa constitution physique fluette, lui fait donner le surnom de « Fillette » et on l'appelle ainsi jusqu'à l'âge de 20 ans. Elle vit en recluse avec son père impotent et paralysé les deux dernières années de sa vie, et sa mère qu'elle aime beaucoup et « qui cultive le jardin et façonne ses robes ». Le cadre familial ne fréquente personne ; sa grand'mère, fortunée, avait déshérité son père, à la suite de mésalliance de par son mariage, au profit d'un cousin. « Il y avait des catholiques dans ma famille et ce sont ces mêmes catholiques qui ont volé mes parents ». Elle passe ses loisirs à lire des « livres sérieux » qu'elle assimile mal, mettant en effet sur le même plan, œuvres littéraires ou traités de géométrie ; elle se rappelle s'être rendue deux fois seulement au cinéma au cours de son existence...

En tant que sténo-dactylo d'une Compagnie d'assurances, elle est chargée, le 9 octobre 1930, de taper un travail urgent ; « l'éclairage est défectueux mais rien qu'à sa place et sa machine est usagée ». Elle

tape vite lorsque « quelque chose craque dans son poignet droit... et tout de suite main et poignet deviennent rouges jusqu'au bout des doigts ». C'est un ressort de commande des lettres majuscules qui vient de se rompre et de la blesser, ainsi que le prouve ultérieurement l'examen du spécialiste. Il n'y a pas de plaie, mais volumineux gonflement ; « depuis, cela a diminué un peu, mais j'ai toujours quelque chose... cela me fait mal parfois ». Et effectivement, nous constatons une légère ankylose. C'est à partir de cet incident que vont commencer tous ses malheurs.

Elle est visitée par le médecin de la Compagnie, qui, après pansement compressif, ne lui accorde aucun repos et lui dit de « n'aller voir personne et qu'elle s'était faite mal au cours de sa lessive... ». Elle quitte alors son travail, se fait confectionner un bracelet de cuir et se décide au bout d'un mois à consulter le Docteur L... afin de faire établir l'incapacité de travail qui lui est dévolue ; le Docteur L... habite le premier étage d'un immeuble dont elle-même occupe le troisième. Ce médecin confirme diagnostic et thérapeutique de son confrère de la Compagnie « qui a des intérêts dans la maison ». « Tous deux sont un peu responsables de la mort de ma mère : Si je ne l'aidais pas, c'est que j'avais mal au poignet et que je voulais me guérir ».

« Pour empêcher ses parents de mourir de faim », elle entre peu après dans une grande firme de fabrication d'automobiles, aux appointements de 900 francs par mois. Mais un jour, devenue moins habile par

suite de la légère ankylose du poignet, elle commet une erreur de frappe ; elle efface mais il y a une erreur ; elle est renvoyée. On recherchait cette occasion depuis longtemps ; « elle avait bien vu que le port de son bracelet faisait mauvais effet » ; afin de l'obliger à quitter sa place « on bousculait sa chaise, on faisait des courants d'air... Malgré les lunettes que portait son chef de bureau et qui dissimulaient son visage, elle avait surpris un jour, le regard de connivence qu'il adressait à un de ses collègues... ». Personne ne prend sa défense. « Les communistes ne m'ont pas soutenue, car je n'étais ni syndiquée ni rouge ».

Le père meurt ; elle est très attristée, mais elle se raisonne, car sa mère lui dit « qu'on ne vit pas avec les morts ».

Réduite au chômage, elle touche 76 francs, puis 50 seulement par semaine. Sa fierté en est profondément blessée, car son père était industriel dans sa jeunesse et « comme fille de patron, elle n'aurait jamais supposé être réduite au chômage un jour ». Elle fait deux brefs remplacements. Sa mère meurt en janvier 1936 ; c'est pour elle un choc violent ; elle s'isole dans son appartement : « Chez moi, j'entendais parler les voisins en dessous, des communistes en chômage, probablement policiers rouges : — on se fait la course... Les communistes courent les nationaux... on parle de poignard... — Avant je n'entendais rien ; je ne sais pas comment cela se fait ; il doit y avoir une mécanique. D'ailleurs, ils me voient ; je les vois

aussi distinctement en fermant les yeux. On voit tout, on dit tout ; ils savent ce que je pense, ce que je fais, me donnent des conseils, me suggestionnent, me menacent... Les communistes vont venir prendre l'appartement et la bibliothèque de mon père, c'est la municipalité de Clichy qui le veut... ».

Elle n'ose, dès lors, plus sortir ; elle cherche cependant du travail, mais lorsqu'elle se rend au Bureau de Placement « ils mettaient du vert sur sa combinaison pour faire voir qu'elle avait une maladie du ventre » ; il est à noter qu'à ce moment-là, elle avait acheté de la peinture et occupait son désœuvrement à peindre le plafond.

Les interprétations s'accroissent : « Depuis une quinzaine, je ressens comme des pointes de feu qui traversent la semelle de ma chaussure et me piquent les orteils par en dessous... A chaque pied, j'ai même eu deux orteils collés par leurs manœuvres, par leurs projectiles qui me suivent... Je les entends siffler comme des balles de mitrailleuse... Tous les feux convergent vers moi... Ces projectiles ont pénétré dans ma tête ; c'est comme de tout petits fragments d'étain... A l'avant-bras, mon bracelet a été sectionné ; mes yeux et ma tête ont été déformés ; la preuve : avant, je pouvais mettre le chapeau de mon père et plus maintenant... Le Docteur L... doit être au courant ; c'est comme s'il avait fourni les engins aux locataires. On m'a dit aussi : « Si vous n'êtes pas morte, vous ne mourrez donc jamais ? » Alors je suis allée au piano et j'ai joué la Marseillaise. A un mo-

ment donné, j'ai eu l'impression qu'on m'ouvrait le corps, qu'on me violait. Pour qu'on ne me prenne pas pour une folle, je suis restée allongée sur mon lit, sans bouger... Ils voyaient à travers mon corps et disaient que j'aurais pu avoir 46 enfants et qu'ils s'étaient arrangés pour les supprimer tous... Ils ont fait venir mes règles ; c'est honteux ; ils ont cherché à m'exciter du point de vue sexuel ; c'était désagréable. Mois, je suis sérieuse et ne lis que des livres sérieux.

La nuit, ils chauffent mon lit : je suis alors montée sur le marbre de la cheminée, mais cela me rapprochait des piles électriques du dessus. Lorsqu'au bout de plusieurs jours, j'en ai eu assez, j'ai tapé contre le plafond avec un balai... j'ai tapé contre les murs avec un marteau pour les sonder. Je n'ai rien trouvé.

Ils m'avaient aussi endormie profondément ; ils m'ont volé sur moi des papiers en relevant mes robes. J'avais placé la photo de mes parents sur mon sein droit ; je ne l'ai plus revue. On m'a pris aussi du linge, mais je n'ai rien vu... Une odeur de guano se dégageait du logement au-dessous. Par les murs aussi, on me disait que j'avais gagné tous mes procès... Tout ceci est la faute de mes patrons ligüés aux communistes... »

Elle s'enferme chez elle, achetant des provisions pour plusieurs jours ; elle porte enfin plainte au Procureur de la République disant « qu'elle entendait les bruits les plus divers à son sujet ». Le 11 juin,

elle doit toucher son chômage, mais « sa carte lui a été volée la veille ». On lui porte alors un ordre de convocation au Commissariat : « Je suis partie fière comme Artaban ». Examinée à l'Infirmierie spéciale, elle est ensuite dirigée sur la Clinique.



Du point de vue somatique, c'est une femme de 1 m. 42 pesant à peine 34 kilogs, en hyponutrition et dont l'état de maigreur est accentué ; les muqueuses sont décolorées, les membres décharnés. Elle présente une énorme scoliose.

Cliniquement, appareil respiratoire normal ; l'examen cardio-vasculaire montre un cœur éréthique et arythmique ; la radiographie le décèle « normal autant qu'on peut en juger en l'absence de repères précis » du fait de la scoliose. Le pouls est petit, rapide, à 96. La tension artérielle est de 13,5-11 au Vaquez.

Léger état saburral des voies digestives.

Les pupilles sont égales et régulières, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. Les réflexes rotuliens et achilléens, seuls, sont un peu vifs. Pas de tremblement, mais léger hippocratisme digital.

Pas de corps thyroïde appréciable.

Une numération globulaire donne les résultats suivants :

Hémoglobine	85 %
Globules rouges	4.610.000
Globules blancs	5.500

Le nombre total et le rapport des éléments n'offre rien d'anormal, ainsi que le prouve la formule leucocytaire; légère éosinophilie toutefois, qu'on considère généralement comme indice de phénomènes critiques :

Lymphos et monos	35	%
Grands monos	13,5	%
Polynucléaires neutrophiles	45,5	%
Polynucléaires <i>éosinophiles</i>	2,5	%
Polynucléaires basophiles	»	
Formes de transition	3,5	%

Les réactions sérologiques de Bordet-Wassermann et de Meinicke sont négatives dans le sang ; l'urée sanguine est de 0 gr. 32 par litre.

Une ponction lombaire est pratiquée : la tension du liquide est de 15-4 au manomètre de Claude.

Albumine : 0 gr. 25 par litre.

Leucocytose : 1 élément par mm³ à la cellule de Nageotte.

Réaction de B.-W. : négative.

L'épreuve du benjoin colloïdal est normale :

00000	22221	00000
-------	-------	-------

L'examen des urines ne décèle ni sucre, ni albumine.

Un métabolisme basal pratiqué donne 10,6 % de diminution ; ainsi qu'il en résulte des travaux de PLUMMER et ROWE, ce chiffre doit être attribué à l'hyponutrition et non à l'existence d'une hypothyroïdie.

Il n'y a pas de perturbations vago-sympathiques, autant qu'on peut en juger par l'étude du réflexe oculo-

cardiaque : la compression des globes oculaires donne en moyenne un ralentissement de 10 pulsations par minute ; le réflexe plexus solaire ne montre pas une diminution du nombre de pulsations.

Donc, cliniquement, constitution normale, examen somatique négatif.

L'examen du fonds mental par la méthode des tests de Binet et Simon ne montre pas d'affaiblissement intellectuel, et de l'activité pragmatique : seule, l'épreuve des labyrinthes semble difficile. La malade ne commet pas de fautes dans les épreuves de l'attention, de l'orientation, de la mémoire et du jugement ; elle imagine, observe et analyse nettement.

18 juin 1936. — Le syndrome d'action extérieure s'est atténué rapidement ; la malade a meilleur appétit ; son état général s'améliore.

« Ils m'ont laissée tranquille... Je ne sens plus rien... », nous dit-elle.

20 juin 1936. — « Aujourd'hui je ne sens rien, mais j'aperçois une boule de lumière blanche... J'entends toujours causer.

Je me rappelle aussi qu'en 1926 mes parents avaient arboré un drapeau tricolore à la fenêtre : les communistes l'ont hué... Mais par la voie des journaux, la Presse a parlé de notre drapeau ; cela a mis les communistes contre nous et ce sont mes anciens patrons qui les commandent. »

22 juin 1936. — « On me chauffe dans le lit à n'importe quel moment. J'éprouve les mêmes impressions que chez moi : les appareils semblent être dessous ;

c'est peut-être pour essayer de me marier, car on me chauffe le bas-ventre. »

Le 27 juin 1936. — La malade se sent mieux ; ses forces reviennent ; son sommeil est complet, sans agitation. La tension artérielle remonte : elle est de 16 1/2-13 1/2 au Vaquez. Les sensations cénesthésiques persistent, mais elle n'est plus suggestionnée par ses ennemis « qui savent cependant tout ce qu'elle fait et qui la voient à chaque instant ».

Elle se rend compte aussi « qu'à l'école, on était souvent injuste envers elle et que ses amies étaient de connivence avec la maîtresse ».

Le 1^{er} juillet 1936. — Yvonne veut quitter l'établissement « parce qu'elle a un domicile personnel ».

« J'entends et je vois... et je crois reconnaître deux personnes de mon immeuble, dont l'une est une policière rouge, en conversation avec un député, chef communiste... D'ici, l'hôpital semble communiquer avec ce chef, car tout ce que je fais, il le sait aussitôt. Si je baille, il dit « Ah, elle baille!... » Pour moi, il est perché sur un arbre et on lui communique par T. S. F., il est d'ailleurs mécontent parce qu'il sait ce que je raconte en ce moment.

Je suis le point de mire de tous, parce qu'on s'est trop occupé de moi dans la vie... Aucun de mes patrons n'a jamais été de bonne foi ; ils n'ont pas voulu reconnaître mon accident ; une Compagnie d'assurances ne peut s'enrichir qu'en ne payant pas les accidentés... On parlait de moi dans les journaux, parce que mes patrons en sont les dirigeants : le

journal local des communistes a suivi lui aussi, afin de flatter les grands.

Somme toute, je ne comprends pas très bien, parce que mon père ne faisait pas de politique... On est injuste envers moi... A l'école déjà, pour montrer la différence qu'il y avait entre mes camarades et moi, pour que je sois moins instruite, j'avais un point de moins que les autres, mais je préférais avoir un zéro qu'une note injuste. Une fois cependant, j'ai eu un prix, le même que celui de la fille de l'Inspecteur du Travail de Clichy et même de loin, avant elle !...

Je ressens toujours les rayons ; cela me chauffe tout le ventre et remonte vers le dos et la gorge... Cette sensation de chaleur prédomine sur les organes génitaux bien que je change de place ; c'est peut-être pour me dégraisser, décongestionner l'organisme, garder une ligne de mannequin...

Mes patrons auraient bien voulu me marier afin de ne pas payer mon accident... j'avais deviné qu'ils en parlaient. Les jeunes gens me suivaient au bureau ; certainement c'était pour le bon motif... Je les rencontrais partout : quand je sortais du bureau, ils étaient là, comme pour y entrer... Auraient-ils été de la même religion que moi, je ne les aurais pas aimés, car ils étaient orgueilleux ; pour mari, j'aurais désiré, un jeune homme très simple, à l'image de mon père... J'en ai vu dans ce genre, des lettrés, mais je ne sais même pas s'ils ont fait attention à moi... Je suis d'une génération où l'on ne se mariait pas ; c'était la guerre !... Les jeunes gens sont morts !...

Une seule de mes amies s'est mariée ; six ans après, divorce. J'ai supposé que c'était parce qu'elle n'avait pas d'enfants... Si j'avais été mariée, j'aurais bien aimé avoir un enfant... Tout cela m'a un peu déçue.

J'ai souvent lu « Hernani » et je me mettais à la place de l'héroïne qui aime un jeune homme et qui en est aimée... Mais pour se marier, il faut être certaine d'être heureuse, être deux à avoir le même caractère... On fait parfois des bêtises, du moins est-on susceptible d'en faire le jour où l'on n'a plus ses parents...

Mes parents, eux aussi, auraient aimé me savoir mariée ; ils ne le disaient pas, mais je l'ai compris un jour : maman devait recevoir une dame et son fils, mais je me suis vivement éclipsée chez une amie ; le jeune homme était petit et c'était un étranger... J'aurais voulu un homme grand, brun, avec des yeux noirs, sympathique et lettré surtout... Mais moi, je ne suis pas belle physiquement !

Mes parents ne m'ont jamais rien dit du point de vue sexuel ; j'ai tout appris par une conversation entre une jeune fille peu sérieuse et une femme mariée... Et c'était le côté physique du mariage qui me déplaisait... J'avais peur d'avoir mal en perdant ma virginité... Et on me fait penser même encore au mariage... »

4 juillet 1936. — « Il y a trois jours on m'a beaucoup chauffée pour me dégraisser, mon oreille gauche en est restée bouchée ; j'entends un glou-glou dans ma jambe droite et au cou-de-pied gauche, il y

a une grande veine apparente depuis que vous m'avez fait une prise de sang (??)... Ils m'ont envoyé des pointes de feu ; je les voyais et entendais parler ; évidemment ce sont mes patrons ; à l'aide de l'électricité, on m'a fait un changement dans le corps... Si l'on m'avait chauffée ainsi, c'était pour me faire marier...

C'est la police qui m'a amenée ici, parce que je devais aider l'ordre, en cas de sinistre public, foudre, inondations... Blancs et rouges m'ont bombardée de leurs faisceaux lumineux, décharges électriques, publicité ; leurs engins ressemblaient à de l'argent !... »

7 septembre 1936. — Son état général est meilleur ; elle pèse 36 kgs. Mais sa tenue se néglige ; elle tient des colloques hallucinatoires et répond à des voix.

Le 3 novembre 1936. — Elle parle seule « dans l'intérêt de la France ».

« Je suis tricolore... Je ne fais partie ni des blancs, ni des rouges. Les rayons s'écoutent...

On m'a ouvert le ventre parce que j'étais vierge. On me supprime les ovaires : j'en ai 46, 23 d'un côté, 23 de l'autre... Nous allons lui en laisser un seul, ce sera une fille... On n'a pas voulu me laisser de garçon. Mon père avait 19 sur 20 en intelligence... Je dis tout ce que je pense, je fais la morale, je suis isolant... »

Le 23 février 1937. — Elle porte une serviette sur les épaules « pour avoir l'air plus jeune ».

« Est-ce que vous êtes un vrai médecin ? Parce que je n'ai pas très confiance en la maison... Par la voie extra-judiciaire, on m'a appris que j'avais gagné

tous mes procès et j'ai obtenu une rente qui me permettra de vivre... Les hommes me dégoûtent maintenant, je suis honnête moi... Des communistes protestants m'ont ouvert le ventre : je les ai vus à travers le plafond. On m'a laissé un ovaire sur 46 ; ici, on m'a retiré le péritoine... Je ne sais pas si ce n'est pas pour me faire placer un roi à la place du Président de la République. »

Elle écoute : « Tu entends tout... tu es une vache... ; ils ne me raconteront rien plus, maintenant, puisque je dis tout... Nous, on est des communistes... On me répond que je suis chicorée, que je vais être fichue au peloton d'exécution... Ils entendent... Ah, mais j'ai la réplique facile... Et quand je sommeille, on me fait rêver ; on me fait voir mes parents ; ils m'ont chauffée à l'électricité ; c'est infect ; ce sont des sadiques, ces gens-là... »

Le certificat de situation alors rédigé est le suivant :

« Psychose paranoïde. Persistance de l'activité hallucinatoire et troubles cénesthésiques. Conservation du fonds mental, des contacts sociaux et d'une activité adaptée, mais réactions revendicatrices, hypersthénie qui rendent très douteux le succès d'une sortie. La maladie sera d'une longue durée ».

DISCUSSION

Cette jeune femme présente de nettes tendances paranoïaques ; l'ambiance du cadre familial l'y pré-

dispose : ne fréquentant personne, ne sortant jamais, obéissante passive envers ses parents qui attendent la fortune d'une succession éventuelle mais lésés pécuniairement, une dystrophie physique qui l'écarte des ébats de ses camarades, tout ceci amène l'éclosion d'un syndrome d'infériorité compensé par des rêveries d'orgueil, ainsi qu'en témoignent les idées revendicatrices à la maîtresse d'école et le thème du mariage.

Un petit accident de travail, non compensé par une rente, est le symptôme initial du syndrome d'action extérieure ; long stade d'hyperendophasie, puis extériorisation du processus en accusant catholiques, communistes, patrons, médecins... Tout ceci, accru par de violents chocs affectifs éprouvés lors de la mort de ses parents, le brusque revers de fortune avec le chômage comme conséquence, l'alimentation insuffisante.

Du point de vue somato-psycho-pathologique, nous n'avons rien trouvé d'anormal : scoliose, légère anémie en rapport avec l'hyponutrition, une légère éosinophilie cependant. Les réactions biologiques sont normales : une précipitation du type méningitique du benjoin colloïdal serait en faveur de la psychose hallucinatoire chronique, ainsi qu'il en résulte des travaux de ABELY, ROYER et DURAND, mais cette réaction n'apparaît que très tardivement. Par ailleurs, le fonds mental est intact : les sentiments familiaux, l'adaptation sociale, le raisonnement, sont conservés. L'isolement, la thérapeutique tant médicamenteuse que psychothérapique, ajoutés aux signes précédents nous

faisaient augurer d'une issue favorable, de la rémission de l'affection.

Mais avec le délire de plus en plus égocentrique et auquel se surajoutent troubles cénesthésiques, particulièrement de la sphère génitale, pseudo-hallucinations de plus en plus tenaces, hallucinations, illusions, l'ébauche d'un délire de grandeur, dès lors la désagrégation de la personnalité s'affirme de plus en plus; le syndrome d'action extérieure aboutit à un état paranoïde. Mais peut-être l'évolution aurait-elle été favorable, si la malade avait été vue et soignée plus précocement ; pénétrons-nous donc de l'idée que prises à temps, les psychopathies sont curables.

CONCLUSIONS

Le syndrome d'action extérieure du Professeur CLAUDE, à base de troubles cénesthésiques et de troubles profonds de la personnalité imprégnés d'une forte charge affective, doit être considéré comme une entité nosologique de pratique courante. Syndrome d'attente ne laissant pas présumer de l'évolution ultérieure de l'affection et ne possédant donc pas incluse en lui cette notion de finalité, il permet au médecin de prendre immédiatement les mesures pragmatiques qui s'imposent : isolement du malade dont les troubles sont soumis, tant du point de vue de l'éclosion que de l'évolution, à l'influence néfaste du milieu, recherche des causes biologiques et mise en œuvre du traitement tant médicamenteux que psychothérapique. La notion « d'action extérieure » a une valeur diagnostique et non pronostique ; c'est ce qui nous fait justement préférer la dénomination de « syndrome d'action extérieure » à celle de « psychose hallucinatoire chronique ». Les critères de transformation du syndrome en psychose véritable sont parfois très difficiles à affirmer ; c'est alors seulement que nous pouvons porter un pronostic, mais en tant que patriciens, pénétrés de l'importance des

troubles légers, nous ne devons pas ignorer que nombre de psychopathies sont curables.

D'un point de vue doctrinal enfin, le syndrome d'action extérieure, sans s'opposer au syndrome d'automatisme mental de DE CLÉRAMBAULT, lui assigne cependant des frontières plus précises, en mettant en relief la charge affective des complexes de la personnalité ; il nous permet d'étudier biologiquement des facteurs psychologiques et organiques ; c'est donc une conception uniciste « fusion des théories psychogénétiques et organicistes ».

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur,
CUNÉO.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CLAUDE

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- H. CLAUDE. — Le syndrome d'action extérieure (*Progrès médical*, juin 1930).
- Mécanisme des hallucinations. Syndrome d'action extérieure (*Encéphale*, 1930).
- H. CLAUDE et DUBLINEAU. — Intuition délirante. Obsession et syndrome d'action extérieure (*Encéphale*, 1933).
- H. CLAUDE et EY. — Evolution des idées sur l'hallucination (*Encéphale*, 1932).
- J. DE CLÉRAMBAULT. — Les psychoses hallucinatoires chroniques (*Société Clinique de Médecine Mentale*, décembre 1923).
- GENIL-PERRIN. — Les paranoïaques.
- D. LAGACHE. — Hallucinations verbales et la parole (*Thèse de Paris*, 1934).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Précis de psychiatrie.
- LÉVY (Alfred). — La psychose d'influence (*Thèse de Paris*, 1913-1914).
- LEYRITZ. — L'hallucinose (*Thèse de Paris*, 1923).
- M. NATHAN. — Quelques considérations sur les obsessions et les phobies (*Hôpital*, novembre 1931).
- RÉGIS. — Précis de psychiatrie.
- P. RUBENOVITCH. — Contribution à l'étude de la schizomanie (*Thèse de Paris*, 1926).
- P. RUBENOVITCH et J. CANTACUZÈNE. — Le syndrome d'action extérieure (*Le Progrès Médical*, juin et juillet 1936, Nos 25 et 27).



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



